GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
	INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA	**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE: 1 DE JULIO AL 31 DE JULIO de 2025 CONTRATO No. O831

REGISTRO BPyP No.: N. A.

FECHA INICIACIÓN: 13 DE FEBRERO DE 2025 FECHA TERMINACIÓN: 31 de DICIEMBRE DE 2025

CONTRATISTA: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** INTERVENTOR: **IRENE DIAZ EREGUA**

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DE PREDIO EN CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACION PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	1. Dar cumplimiento a los derechos y deberes consagrados en el artículo 5o de la Ley 80 de 1993.	Se garantiza como arrendador el cumplimiento de las obligaciones del contrato 0831-2025	X			
2.	2. Conocer íntegramente los manuales del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación de Boyacá y aplicar los procedimientos con sus respectivos formatos en desarrollo del contrato y participar en la actualización de procedimientos del sistema según asignación.	Se utilizan los formatos respectivos como son informe de avance, formato de acta parcial , de acuerdo al Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación para desarrollo del contrato.	X			
3.	3. Ejecutar y cumplir el objeto del contrato, de acuerdo con lo estipulado en los estudios y las cláusulas del contrato.	Se cumple con las obligaciones generales del arrendador y objeto según contrato 0831-2025 .	X			
4.	4. Elaborar y entregar, de manera oportuna y en el lugar indicado, los informes solicitados por el supervisor.	Se entregan oportunamente los informes solicitados por la Supervisora en las fechas correspondientes.	X			
5.	5. Entregar al arrendatario el bien inmueble objeto de arrendamiento, una vez cumpla con los requisitos del contrato y se suscriba el acta de inicio.	El bien inmueble se entrega a completa satisfacción.	X			
6.	6. Permitir el uso y goce del bien inmueble al Arrendatario.	El inmueble está en uso a satisfacción por parte del arrendatario.	X			
7.	7. Cumplir con todas las disposiciones que contemple la Ley en materia de arrendamiento de bienes inmuebles.	Se cumple con la ley de arrendamiento del bien inmueble como son mantener en buenas condiciones el predio con respectiva seguridad para los equipos propios de la Gobernación y se informa cualquier novedad al supervisor.	X			

8.	8. Para el pago mensual, el arrendador deberá presentar la certificación del uso del inmueble, acta de inicio parcial y demás documentos requeridos por la Secretaria de Contratación para la presentación de la cuenta.	Se presentan oportunamente todos los documentos requeridos por la Secretaria de Contratación de la Gobernación para presentación de la cuenta.	X			
9.	9. Adjuntar Certificado Bancario para la consignación del canon de arrendamiento.	Certificación bancaria del Banco Colpatria, cuenta de ahorros No. 7302070304	X			
10.	10. El contratista deberá realizar las mejoras requeridas para reparar daños de infraestructura cualquiera que sea la naturaleza que los haya originado.	Se realiza limpieza las zonas verdes aledañas a la caseta.	X			
11.	11. Garantizar el acceso de funcionarios de la Secretaría de Salud al inmueble objeto del contrato de arrendamiento con el fin de verificar su normal funcionamiento.	Se permite el uso y el acceso al inmueble, cuando a sido requerido.	X			
12.	12. Mantener en adecuadas condiciones de funcionamiento, seguridad, higiene y salubridad las áreas físicas de las casetas de radio y sus alrededores, (áreas verdes, cercados, linderos y red eléctrica externa), sin incluir los equipos propios de la Gobernación de Boyacá.	El inmueble se encuentra en buen estado y funcionan normalmente las instalaciones requeridas.	X			
13.	13. Asegurar la continuidad del fluido eléctrico de la red pública domiciliara del predio objeto del contrato de arrendamiento de manera que los equipos estén en permanente funcionamiento.	El servicio de energía a estado sin interrupciónes, y los equipos han funcionado permanentemente.	X			
14.	14. El predio sujeto del arrendamiento y específicamente el sitio donde esté ubicada la antena repetidora y demás equipos debe tener señalización acorde a la Resolución 4481 de 2012, teniendo en cuenta que es un bien dedicado exclusivamente para la prestación de servicios de salud.	Los equipos estan señalizados debidamente.	X			
15.	15. Informar oportunamente, sobre cualquier eventualidad, o desperfecto visible que presenten los equipos o los lugares donde van a permanecer los mismos.	El equipo repetidor es reparado y está en funcionamiento normal.	X			
16.	16. Pagar los servicios públicos que se generen a raíz de la operación de los equipos.	El servicio de energía esta al día en sus pagos.	X			
17.	17. Garantizar la seguridad de los equipos de comunicación y demás de propiedad de la Gobernación de Boyacá que permanezcan dentro de las instalaciones objeto del arrendamiento.	Las instalaciones cuentan con la debida seguridad, garantizando su funcionamiento.	X			

Firma: _____

Nombre: **IRENE DIAZ EREGUA**

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS**

CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
	INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA	**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE: 1 DE AGOSTO AL 31 DE AGOSTO de 2025 CONTRATO No. O831

REGISTRO BPyP No.: N. A.

FECHA INICIACIÓN: 13 DE FEBRERO DE 2025 FECHA TERMINACIÓN: 31 de DICIEMBRE DE 2025

CONTRATISTA: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** INTERVENTOR: **IRENE DIAZ EREGUA**

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DE PREDIO EN CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACION PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	1. Dar cumplimiento a los derechos y deberes consagrados en el artículo 5o de la Ley 80 de 1993.	Se garantiza como arrendador el cumplimiento de las obligaciones del contrato 0831-2025	X			
2.	2. Conocer íntegramente los manuales del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación de Boyacá y aplicar los procedimientos con sus respectivos formatos en desarrollo del contrato y participar en la actualización de procedimientos del sistema según asignación.	Se utilizan los formatos respectivos como son informe de avance, formato de acta parcial , de acuerdo al Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación para desarrollo del contrato.	X			
3.	3. Ejecutar y cumplir el objeto del contrato, de acuerdo con lo estipulado en los estudios y las cláusulas del contrato.	Se cumple con las obligaciones generales del arrendador y objeto según contrato 0831-2025 .	X			
4.	4. Elaborar y entregar, de manera oportuna y en el lugar indicado, los informes solicitados por el supervisor.	Se entregan oportunamente los informes solicitados por la Supervisora en las fechas correspondientes.	X			
5.	5. Entregar al arrendatario el bien inmueble objeto de arrendamiento, una vez cumpla con los requisitos del contrato y se suscriba el acta de inicio.	El bien inmueble se entrega a completa satisfacción.	X			
6.	6. Permitir el uso y goce del bien inmueble al Arrendatario.	El inmueble está en uso a satisfacción por parte del arrendatario.	X			
7.	7. Cumplir con todas las disposiciones que contemple la Ley en materia de arrendamiento de bienes inmuebles.	Se cumple con la ley de arrendamiento del bien inmueble como son mantener en buenas condiciones el predio con respectiva seguridad para los equipos propios de la Gobernación y se informa cualquier novedad al supervisor.	X			

8.	8. Para el pago mensual, el arrendador deberá presentar la certificación del uso del inmueble, acta de inicio parcial y demás documentos requeridos por la Secretaria de Contratación para la presentación de la cuenta.	Se presentan oportunamente todos los documentos requeridos por la Secretaria de Contratación de la Gobernación para presentación de la cuenta.	X			
9.	9. Adjuntar Certificado Bancario para la consignación del canon de arrendamiento.	Certificación bancaria del Banco Colpatria, cuenta de ahorros No. 7302070304	X			
10.	10. El contratista deberá realizar las mejoras requeridas para reparar daños de infraestructura cualquiera que sea la naturaleza que los haya originado.	Se realiza limpieza las zonas verdes aledañas a la caseta.	X			
11.	11. Garantizar el acceso de funcionarios de la Secretaría de Salud al inmueble objeto del contrato de arrendamiento con el fin de verificar su normal funcionamiento.	Se permite el uso y el acceso al inmueble, cuando a sido requerido.	X			
12.	12. Mantener en adecuadas condiciones de funcionamiento, seguridad, higiene y salubridad las áreas físicas de las casetas de radio y sus alrededores, (áreas verdes, cercados, linderos y red eléctrica externa), sin incluir los equipos propios de la Gobernación de Boyacá.	El inmueble se encuentra en buen estado y funcionan normalmente las instalaciones requeridas.	X			
13.	13. Asegurar la continuidad del fluido eléctrico de la red pública domiciliara del predio objeto del contrato de arrendamiento de manera que los equipos estén en permanente funcionamiento.	El servicio de energía a estado sin interrupciónes, y los equipos han funcionado permanentemente.	X			
14.	14. El predio sujeto del arrendamiento y específicamente el sitio donde esté ubicada la antena repetidora y demás equipos debe tener señalización acorde a la Resolución 4481 de 2012, teniendo en cuenta que es un bien dedicado exclusivamente para la prestación de servicios de salud.	Los equipos estan señalizados debidamente.	X			
15.	15. Informar oportunamente, sobre cualquier eventualidad, o desperfecto visible que presenten los equipos o los lugares donde van a permanecer los mismos.	El equipo repetidor está en funcionamiento normal.	X			
16.	16. Pagar los servicios públicos que se generen a raíz de la operación de los equipos.	El servicio de energía esta al día en sus pagos.	X			
17.	17. Garantizar la seguridad de los equipos de comunicación y demás de propiedad de la Gobernación de Boyacá que permanezcan dentro de las instalaciones objeto del arrendamiento.	Las instalaciones cuentan con la debida seguridad, garantizando su funcionamiento.	X			

Firma: _____

Nombre: **IRENE DIAZ EREGUA**

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS**

CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.

GOBERNACIÓN DE Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-020
	INFORME DE AVANCE DEL CONTRATISTA	**FECHA: 24/Jul/2019**

PERIODO REPORTE: 1 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE SEPTIEMBRE de 2025 CONTRATO No. O831

REGISTRO BPyP No.: N. A.

FECHA INICIACIÓN: 13 DE FEBRERO DE 2025 FECHA TERMINACIÓN: 31 de DICIEMBRE DE 2025

CONTRATISTA: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** INTERVENTOR: **IRENE DIAZ EREGUA**

OBJETO DEL CONTRATO: ARRENDAMIENTO DE PREDIO EN CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACION PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.

REPORTE DEL CONTRATISTA			REPORTE DEL INTERVENTOR			
ITEM	**ACTIVIDADES PACTADAS**	**ACTIVIDADES EJECUTADAS**	**VERIFICACIÓN EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES**			**OBSERVACIONES**
			T	**P**	**N**	
1	1. Dar cumplimiento a los derechos y deberes consagrados en el artículo 5o de la Ley 80 de 1993.	Se garantiza como arrendador el cumplimiento de las obligaciones del contrato 0831-2025	X			
2.	2. Conocer íntegramente los manuales del Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación de Boyacá y aplicar los procedimientos con sus respectivos formatos en desarrollo del contrato y participar en la actualización de procedimientos del sistema según asignación.	Se utilizan los formatos respectivos como son informe de avance, formato de acta parcial , de acuerdo al Sistema Integrado de Gestión de Calidad de la Gobernación para desarrollo del contrato.	X			
3.	3. Ejecutar y cumplir el objeto del contrato, de acuerdo con lo estipulado en los estudios y las cláusulas del contrato.	Se cumple con las obligaciones generales del arrendador y objeto según contrato 0831-2025 .	X			
4.	4. Elaborar y entregar, de manera oportuna y en el lugar indicado, los informes solicitados por el supervisor.	Se entregan oportunamente los informes solicitados por la Supervisora en las fechas correspondientes.	X			
5.	5. Entregar al arrendatario el bien inmueble objeto de arrendamiento, una vez cumpla con los requisitos del contrato y se suscriba el acta de inicio.	El bien inmueble se entrega a completa satisfacción.	X			
6.	6. Permitir el uso y goce del bien inmueble al Arrendatario.	El inmueble está en uso a satisfacción por parte del arrendatario.	X			
7.	7. Cumplir con todas las disposiciones que contemple la Ley en materia de arrendamiento de bienes inmuebles.	Se cumple con la ley de arrendamiento del bien inmueble como son mantener en buenas condiciones el predio con respectiva seguridad para los equipos propios de la Gobernación y se informa cualquier novedad al supervisor.	X			

8.	8. Para el pago mensual, el arrendador deberá presentar la certificación del uso del inmueble, acta de inicio parcial y demás documentos requeridos por la Secretaria de Contratación para la presentación de la cuenta.	Se presentan oportunamente todos los documentos requeridos por la Secretaria de Contratación de la Gobernación para presentación de la cuenta.	X			
9.	9. Adjuntar Certificado Bancario para la consignación del canon de arrendamiento.	Certificación bancaria del Banco Colpatria, cuenta de ahorros No. 7302070304	X			
10.	10. El contratista deberá realizar las mejoras requeridas para reparar daños de infraestructura cualquiera que sea la naturaleza que los haya originado.	Se realiza limpieza las zonas verdes aledañas a la caseta.	X			
11.	11. Garantizar el acceso de funcionarios de la Secretaría de Salud al inmueble objeto del contrato de arrendamiento con el fin de verificar su normal funcionamiento.	Se permite el uso y el acceso al inmueble, cuando a sido requerido.	X			
12.	12. Mantener en adecuadas condiciones de funcionamiento, seguridad, higiene y salubridad las áreas físicas de las casetas de radio y sus alrededores, (áreas verdes, cercados, linderos y red eléctrica externa), sin incluir los equipos propios de la Gobernación de Boyacá.	El inmueble se encuentra en buen estado y funcionan normalmente las instalaciones requeridas.	X			
13.	13. Asegurar la continuidad del fluido eléctrico de la red pública domiciliara del predio objeto del contrato de arrendamiento de manera que los equipos estén en permanente funcionamiento.	El servicio de energía a estado sin interrupciónes, y los equipos han funcionado permanentemente.	X			
14.	14. El predio sujeto del arrendamiento y específicamente el sitio donde esté ubicada la antena repetidora y demás equipos debe tener señalización acorde a la Resolución 4481 de 2012, teniendo en cuenta que es un bien dedicado exclusivamente para la prestación de servicios de salud.	Los equipos estan señalizados debidamente.	X			
15.	15. Informar oportunamente, sobre cualquier eventualidad, o desperfecto visible que presenten los equipos o los lugares donde van a permanecer los mismos.	El equipo repetidor está funcionando normalmente.	X			
16.	16. Pagar los servicios públicos que se generen a raíz de la operación de los equipos.	El servicio de energía esta al día en sus pagos.	X			
17.	17. Garantizar la seguridad de los equipos de comunicación y demás de propiedad de la Gobernación de Boyacá que permanezcan dentro de las instalaciones objeto del arrendamiento.	Las instalaciones cuentan con la debida seguridad, garantizando su funcionamiento.	X			

Firma: _____

Nombre: **IRENE DIAZ EREGUA**

INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____

Nombre: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS**

CONTRATISTA

T: Cumple totalmente las actividades pactadas.

P: Cumple parcialmente las actividades pactadas.

N: No cumplió las actividades pactadas.

Gobernación de Boyacá | Salud

CERTIFICACION DE USO DEL INMUEBLE

EL SUSCRITO SUPERVISOR DEL CONTRATO No. 0831-2025

CERTIFICA QUE:

El inmueble ha sido usado para el objeto del contrato No. **0831-2025** cuyo objeto es: "ARRENDAMIENTO DE PREDIO EN CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD".

Por haber cumplido con todo lo suscrito en el contrato en mención se puede proceder al pago del periodo del 1 de julio al 30 de septiembre de 2025.

Se expide en Tunja el PRIMERO (1) DE OCTUBRE DE DOS MIL VEINTICINCO (2025)

IRENE DIAZ EREGUA

Supervisor del Contrato

Gobernación de Boyacá	**FORMATO**	**VERSIÓN: 0**
		CÓDIGO: A-AD-GC-F-042
ACTA PARCIAL		**FECHA: 24/Jul/2019**

ACTA PARCIAL	**N. 03**		
FECHA PRESENTE ACTA	**1 de octubre de 2025**		
CONTRATO _x___ CONVENIO ___	**O831 2025**	DE FECHA:	**13 de febrero de 2025**
OBJETO	ARRENDAMIENTO DE PREDIO CERRO GRANADILLO PARA UBICACIÓN DE ANTENA DE RADIOCOMUNICACIÓN PARA ESTABLECER COMUNICACIÓN BIDIRECCIONAL ENTRE EL CRUEB Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD.		
CONTRATISTA	**JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS**	NIT:	**6.766.557-1**
		C.C:	**6.766.557**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR	**IRENE DIAZ EREGUA**	C.C:	**21.248.967**
VALOR DEL CONTRATO / CONVENIO :	VALOR INICIAL :	$ 20.007.212,00	
	APORTE DEPARTAMENTO:	$ 0,00	
	APORTE DE CONTRAPARTE:	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
ADICIONAL N° _____	VALOR	$ 0,00	
VALOR TOTAL CON ADICIONES		$ 20.007.212,00	
PLAZO INICIAL	**A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025**		
PRORROGA N° _____	Tiempo: N. A.	De Fecha:	
PRORROGA N° _____	Tiempo: N. A.	De Fecha:	
PLAZO TOTAL	**A PARTIR DE LA FIRMA DEL ACTA DE SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025**		
FECHA DE INICIACIÓN	**13 DE FEBRERO DE 2025**		
ACTA DE SUSPENSIÓN N° _____	De Fecha: N. A.		
ACTA DE REINICIACIÓN N° _____	De Fecha: N A		
FECHA DE TERMINACIÓN	**31 de DICIEMBRE DE 2025**		
FECHA DE TERMINACION REAL	**N.A.**		
PERIODO AUTORIZADO A PAGAR	**Del 1 de julio al 30 de septiembre de 2025**		
RBPP N°	**N. A.**		

No/s Y AÑO DE REGISTRO/S PRESUPUESTALES QUE RESPALDAN EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA: No: **1488** AÑO: **2025**

En las oficinas de **LA SECRETARIA DE SALUD DE BOYACA**_ se reunieron los señores, _ **IRENE DIAZ EREGUA**__ Interventor / Supervisor y el señor **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS** como representante legal o contratista, con el fin de suscribir la presente acta.

En visita al lugar de los trabajos se constató, que lo ejecutado está de acuerdo con las especificaciones, caracteristicas y condiciones estipuladas en el contrato o convenio y registradas en los informes, por tanto el suscrito supervisor recibe satisfactoriamente y autoriza el pago como lo registra la presente acta; igualmente certifica que el CONTRATISTA cumplió con sus aportes al régimen de Seguridad Social en Salud, de acuerdo a las planillas N° 4609246770 de julio, 4613724921 de agosto y 4617474881 de septiembre, de conformidad con la normatividad vigente.

CONTROL ANTICIPOS

Valor Anticipo	$ 0,00
Sumatoria Amotizaciones	$ 0,00
Saldo por Amortizar	$ 0,00

**Nota al anticipo: en los casosen los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el anticipo por cada fuente de financiacion, según hoja anexa de fuentes de financiacion (aclarar dentro de las observaciones), diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

BALANCE DE PAGO

CONCEPTO	DEBE	HABER
Valor del contrato	20.007.212,00	
Amortización Anticipo	-	-
Valor a pagar de la presente acta	-	5.001.803,00
Valor Total actas pagadas	-	10.003.606,00
Saldo por ejecutar	-	5.001.803,00
Sumas iguales	20.007.212,00	20.007.212,00

**Nota al balance: En los casos en los que existan diferentes fuentes de financiacion debe discriminarse el balance por cada fuente segun hoja anexa (fuentes de financiacion- Balance) , diligenciar y copiar cuadro el cual debe reflejarse en el espacio asignado en observaciones o aclaraciones de la presente acta.*

CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE CONSIGNA EL PAGO DE LA PRESENTE ACTA

No. CUENTA: 7302070304	BANCO: COLPATRIA	AHORROS: X	CORRIENTE:

*Las cantidades y valores consignados en la presente acta son responsabilidad exclusiva del contratista e interventor y/o supervisor. El pago de la presente acta se realizará con base en el principio de confiabilidad y responsabilidad con que el Interventor y/o Supervisor y el contratista realizan las mediciones en campo y las revisiones efectuadas a los informes por parte del Interventor y/o Supervisor.

OBSERVACIONES O ACLARACIONES: - -

No siendo otro el objeto de la presente reunión se firma el acta por los que en ella intervinieron.

Firma: _____
Nombre: **IRENE DIAZ EREGUA**
INTERVENTOR Y/O SUPERVISOR

Firma: _____
Nombre: **JAVIER E. JIMENEZ CONTRERAS**
CONTRATISTA

* Si se requieren se pueden adicionar mas firmas.

Gobernación de Boyacá | Contratación
RADICADO
SECCON-1740 - 2025

ANEXO: PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES CORRESPONDIENTE (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: LIQUIDACIÓN PARAFISCALES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: FORMATO SABANA - CUADRO DE CONDICIONES ACTUALIZADAS DE CANTIDADES (CUANDO APLIQUE)
ANEXO: INFORME COMPLETO DE ACTIVIDADES FIRMADO POR EL CONTRATISTA Y EL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR.

Original: Archivo Carpeta Dirección de Contratación (Secretaría de Hacienda) Copias: Orden de Pago Tesorería, Contratista, Supervisor y/o Interventor

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4609246770**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio	AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/07/17		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993367820

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																											PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0		$ 0											

TOTAL PAGADO: $ 207.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4613724921**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES agosto AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES agosto AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993667794

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD						ARP												
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0		$ 0											

TOTAL PAGADO: $ 207.100

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	6766557
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER ERNESTO JIMENEZ CONTRERAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CARRERA 11 13 43	TELÉFONO:	7422979
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4617474881**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre	AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/09/16			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9994039428

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 207.100	$ 0	$ 0	$ 207.100
SUBTOTALES:													**$ 207.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 207.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 6766557	JIMENEZ CONTRERAS JAVIER ERNESTO	INDEPEND	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.656.400				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.656.400	$ 207.100	$ 0	$ 207.100			$ 0		$ 0		$ 0											

TOTAL PAGADO: $ 207.100

Planilla Pagada